

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**O PAPEL DA REGULAÇÃO EMOCIONAL NO IMPACTO
DAS EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS EM SINTOMAS
PSICOPATOLÓGICOS**

Tânia Margarida Santos Fonseca

Dissertação De Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo Psicoterapias e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014

O papel da regulação emocional no impacto das experiências traumáticas em sintomas psicopatológicos

Tânia Margarida Santos Fonseca

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicoterapias e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito-Santo,
Professora auxiliar no ISMT

Coimbra, Novembro de 2014

*“A mente que se abre a uma nova ideia,
Jamais volta ao seu tamanho inicial”*

Albert Einstein

Agradecimentos

Alcançada esta etapa, cabe-me agora tecer um profundo sentimento de agradecimento a todos aqueles que durante a realização desta dissertação de mestrado, me ajudaram direta ou indiretamente a cumprir os meus objetivos e a realizar mais uma etapa da minha vida académica.

À *Professora Doutora Helena Espírito Santo*, expresso o meu agradecimento pela sua orientação com o maior rigor, pelo saber transmitido, pelas opiniões e críticas e total apoio em todas as dúvidas e problemas que iam surgindo. Ao incentivo e confiança que em mim depositou, muito ergueram o meu desejo de querer, de fazer e alcançar com sucesso.

Expresso também a minha gratidão a *todos os Participantes* que responderam ao nosso formulário, publicado nas redes sociais. Embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível, dando também mais um pequenino avanço na investigação científica desta área.

Aos *Meus Colegas*, Sara, Carmén, Ricardo, Telmo, pela partilha de “dificuldades” que nos consentiram este sentido de entreadajuda, um obrigado muito especial à Conceição “por tudo”.

À *Andreia, Tânia e Juliana*, que se cruzaram comigo numa das etapas mais importantes da minha vida, agradeço-lhes o privilégio da vossa amizade, alegria e confiança. Guardarei inesquecivelmente “o nosso espírito” e o contributo que em mim acrescentaram para o meu crescimento enquanto pessoa.

A ti *Diogo*, pela sobredosagem de paciência e amor. Obrigada pela confiança depositada e pelo ânimo oferecido nos momentos mais “ruinzinhos” desta caminhada. Conservo a tua frase de incentivo com muito humor, quando o perguntavas, desde a primeira linha desta dissertação: “*Então, já está acabado?*”. Eis que chegou o momento para te responder: *Acabado!*

Aos *meus pais*, dirijo o meu agradecimento especial, por tornarem este sonho realidade e me ensinarem humildemente “que os vencedores são apenas quem vai à luta”. A ti mãe, pelos serões a ditar dados “*muitas vezes, ocasionalmente, ocasionalmente...*”, pelas vezes que ficaste do meu lado só por companhia para que eu não desistisse, por toda a compreensão e amor, a ti dedico esta dissertação.

Sou resultado da confiança e força de cada um de vocês!

RESUMO

Introdução: É amplamente conhecida a relação entre experiências traumáticas e dissociação. As experiências traumáticas e dissociativas são duas das condições conducentes a sintomas de depressão, ansiedade e stress.

Objetivo: O nosso objetivo neste estudo foi explorar o papel mediador de vivências positivas Compaixão, Esperança, Otimismo e *Mindfulness* na relação entre Experiências Dissociativas e Traumáticas, a fim de percebermos se existe atenuação ou não, nos sintomas de depressão, ansiedade e stress.

Metodologia: A amostra total incluiu 145 sujeitos, 40 do sexo masculino (27,6%) e 105 do sexo feminino (72,4%), com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos de idade ($M = 28,06$; $DP = 9,48$). A maioria da nossa população da amostra possui uma licenciatura ($n = 67$; 46,2%). Todos os sujeitos responderam a uma bateria de testes constituída por um questionário sociodemográfico, a *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) para avaliar a frequência e intensidade das experiências traumáticas e a *Dissociative Experiences Scale* (DES) para avaliar as experiências dissociativas. Na avaliação dos estados emocionais negativos foi aplicada a *Depression, Anxiety and Stress Scale-21* (DASS-21), enquanto, para a avaliação de experiências positivas foram utilizados a Escala da Auto-Compaixão (SELFCS), a Versão Reduzida do Inventário de *Mindfulness* de Freiburg (FMI), a Escala de Otimismo e a Escala sobre a Esperança.

Resultados: Verificou-se, na DASS-21, que a pontuação superior se registou na subescala ansiedade com uma média de 11,03 ($DP = 2,93$). Os participantes com mais experiências traumáticas apresentam níveis mais altos de depressão, ansiedade e stress e de experiências dissociativas ($p < 0,001$). Por outro lado, as experiências traumáticas parecem associar-se a níveis inferiores de compaixão e otimismo nos participantes da presente amostra ($p < 0,001$). Os resultados da mediação indicam a presença valores significativos na autocompaixão ($Sobel = 2,064$) e no otimismo ($Sobel = 1,973$). De acordo com esta análise, os sentimentos de autocompaixão e otimismo apresentam um efeito mediador entre as experiências traumáticas e o desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade e stress.

Conclusões: Com base na presente investigação, concluímos que os indivíduos que usufruem de um traço autocompassivo e otimista facilitam a perceção das suas dificuldades e problemas de uma forma saudável, contribuindo para o funcionamento psicológico adaptativo.

Palavras-chave: Experiências Dissociativas, Experiências Traumáticas, Psicopatologia, Otimismo, Esperança, *Mindfulness*, Compaixão, Redes Sociais.

Abstract

Introduction: It is widely known the relationship between traumatic experiences and dissociation. Traumatic and dissociative experiences are two of the conditions leading to symptoms of psychopathology.

Objective: Our aim in this study was to explore of the mediating role, from positive experiences as Compassion, Hope, Optimism and Mindfulness in the relationship between Traumatic and Dissociative Experiences in order to realize if there is paper cut or not, symptoms of depression, anxiety and stress.

Methodology: The sample included 145 people, 40 males (27,6%) and 105 females (72,4%), aged between 18 and 57 years ($M = 28,06$; $DP = 9,48$). The majority of our sample population has a degree ($n = 67$; 46,2%). All subjects completed a battery of tests consisting of a socio-demographic questionnaire; a *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) to evaluate the frequency and intensity of traumatic experiences, and the *Dissociative Experiences Scale* (DES) to assess dissociative experiences. In the assessment of negative emotional state it was applied to the *Depression, Anxiety and Stress Scale-21* (DASS-21), while for assessing positive experiences were used in the Self-Compassion Scale (SELFCS), a Reduced Version of Inventory of *Mindfulness* of Freiburg (FMI), the Scale of Optimism and the Scale about Hope.

Results: It was verified, in the DASS-21, that the top score was recorded on the anxiety subscale with an average of 11,03 ($DP = 2,93$). Participants with more traumatic experiences have higher levels of depression, anxiety and stress dissociative experiments ($p < 0,001$). On the other hand, the traumatic experiences seem to be associated with lower levels of compassion and optimism in participating in this sample ($p < 0001$). The mediation results indicate the presence of significant values of self-pity (Sobel = 2,064) and in optimism (Sobel = 1,973). According to this analysis, the feelings of self-pity and optimism have a mediating effect between traumatic experiences and the development of symptoms of depression, anxiety and stress.

Conclusions: Based on this investigation, we concluded that individuals who enjoy a Self-compassionate and optimistic trace that facilitate the perception of their difficulties and problems in a healthy way, contributing to adaptive to adaptive psychological functioning.

Keywords: Dissociate Experiences, Traumatic Experiences, Psychopathology, Optimism, Hope, Mindfulness, Compassion, Social Networks.

Introdução

Enquadramento Teórico

O presente estudo tem como principais interesses da investigação salientar as experiências positivas do indivíduo, (*Esperança, Otimismo, Auto compaixão e Mindfulness*) apontadas como um papel moderador das experiências traumáticas e dissociativas, na depressão, ansiedade e stress.

Para a execução deste estudo, foi feito um formulário online constituído por uma bateria de testes que irão apontar a analogia entre estas variáveis em estudo. A população alvo deste estudo foram indivíduos de diferentes idades (18 aos 57) que nos responderam ao questionário, através das Redes Sociais.

Para este estudo, percebemos que são escassos os estudos que utilizam as nossas variáveis nas redes sociais, pelo que deve ainda ser, uma temática pouco explorada na investigação.

Redes Sociais

As redes sociais são aplicativos que permitem aos usuários conectarem-se através da criação de perfis com informação pessoal, convidando amigos e colegas para ter acesso a esses perfis, enviar emails e mensagens instantâneas entre si. Estes perfis pessoais podem incluir qualquer tipo de informação, incluindo fotos, vídeos, arquivos de áudio e blogs (Kaplan e Haenlein, 2010).

Uma rede é um conjunto de itens, que chamaremos vértices ou, por vezes, nós, com conexões entre eles, chamado “edges”. Alguns exemplos de redes são a Internet, a World Wide Web, redes sociais de conhecimento ou outras conexões entre indivíduos, redes organizacionais e redes de relações comerciais entre empresas, redes neurais, redes metabólicas, teias alimentares, redes de distribuição, tais como vasos sanguíneos ou rotas de entrega postal, redes de citações entre papéis, e muitos outros (Newman, 2003).

A maior rede social é o Facebook norte-americano (inicialmente fundado por Mark Zuckerberg para ficar em contato com seus colegas estudantes da Universidade de Harvard). As redes sociais são bastante populares em todas as idades, mas especialmente entre os mais jovens que acessam frequentemente à Internet. Algumas empresas deram mesmo um passo adiante e usam o Facebook como um canal de distribuição e divulgação dos seus produtos (Kaplan e Haenlein, 2010). O rápido crescimento da Internet oferece uma riqueza de novas oportunidades de pesquisa para os psicólogos. Além disso, os resultados da Internet são

consistentes com os resultados obtidos através de métodos tradicionais e podem contribuir para muitas áreas da psicologia (Gosling, Vazire Srivastava e John, 2004).

Trauma e Psicopatologia

É considerado como um evento que envolve uma tensão elevada e que excede o normal, sendo que oprime os mecanismos de resposta ou que excede os mecanismos de coping do indivíduo (Cordón, et al., 2004).

As reações psicológicas e sintomas psiquiátricos são comuns após experiências traumáticas, como testemunho de violência, acidentes de grande escala, guerra, lesão grave ou morte, violência doméstica, ou abuso sexual/físico. Os sintomas e problemas de comportamento relatados após experiências traumáticas incluem ansiedade, depressão e stresse pós-traumático (Svedin, Nilsson e Lindell., 2004).

Num estudo feito por Ariel, Dwolatzky, Zvi e Witztum (2012), mostraram que o abuso sexual e emocional na infância teve efeitos muito claros a longo prazo. Estas formas de trauma têm uma intensidade e uma influência sobre o paciente duradoura, registrando que quanto mais jovem, a exposição ao trauma, maior é a duração dos efeitos traumáticos.

Em adultos, a amígdala parece ser especialmente sintonizada com os estímulos indutores de medo, por conseguinte, esta pode desempenhar um papel particularmente importante na memória para o trauma e pode ser responsável por uma maior durabilidade e detalhe de memória em episódios traumáticos (Cordón, et al., 2004).

Dissociação e Psicopatologia

A dissociação é uma defesa/reação comum a situações stressantes ou traumáticas, traumas isolados graves ou traumas repetidos que podem resultar no desenvolvimento de um transtorno dissociativo. Prejudica o estado normal de consciência e de limites ou altera o sentido de identidade, memória ou consciência. Pesquisas recentes indicam que os sintomas dissociativos são tão comuns como ansiedade e depressão, e que os indivíduos com perturbações dissociativas (perturbação de identidade dissociativa e particularmente transtorno de despersonalização) são frequentemente mal diagnosticadas, atrasando o tratamento eficaz (Steinberg e Schnall, 2001).

A dissociação tem a competência de ser um mecanismo psicológico que auxilia a habilidade de um indivíduo para lidar com os stressores extremos (Cordón, Pipe, Sayfan, Melinder e Goodman, 2004). Assim, o termo dissociação significa separar ou desligar elementos que estavam unidos e é o oposto de associação” (Espírito-Santo, 2008).

Svedin, et al., (2004) confirmam em consonância com resultados de estudos anteriores, que os adolescentes com experiências de trauma auto relatados apresentam mais sintomas dissociativos. Os sintomas dissociativos somatoformes são considerados reações relacionadas com o trauma físico ou "memórias". Embora os dois tipos de sintomas dissociativos são considerados para refletir uma etiologia mental (traumatogénica) semelhante, a dissociação somatoforme (definido por sintomas físicos) é tida como fenomenologicamente distinto de dissociação psicoforme (definido por sintomas psíquicos) (Boom, Hout e Huntjens, 2010).

Estudos realizados por Pascal, Ursul e Claudia (2013), apuram que a cronicidade de experiências abusivas na infância foi associada a taxas mais elevadas de dissociação numa amostra de pacientes com Perturbação de Stress Pós Traumático. O fato da co-ocorrência de dissociação ter sido especificamente ligada ao aumento do trauma relacionado com o evitamento para tratamentos terapêuticos longos, pode suportar também a ideia de que a Perturbação Dissociativa pode refletir uma apreensão e um mecanismo de prevenção automatizada em resposta a sintomas de trauma stressantes e avassaladores para o indivíduo.

Os autores Agargun, Kara, Özer, Selvi, Kiran e Kiran (2003) descobriram que os resultados da DES estão negativamente correlacionados com a duração do pesadelo em sujeitos com experiências traumáticas na infância, o que transmite que estes indivíduos falharam na integração psicológica dessas experiências e usam a dissociação como uma forma de lidar com os fortes afetos associados às experiências traumáticas.

A dissociação psicoforme é o mecanismo essencial das perturbações dissociativas, perturbação de stress pós-traumático (PSPT), conversivas e patologia borderline da personalidade. É importante notar que os sintomas dissociativos se associam ainda a várias patologias, desde as somatoformes, obsessivo-compulsivas, até às alimentares (revisão de Espírito-Santo e Pio Abreu, 2008)

Otimismo e Psicopatologia

O otimismo influencia a pessoa e o seu comportamento. Está ligado ao estilo exploratório, ao bom humor, à felicidade, esperança, perseverança, bom nível de realização, resiliência, saúde física, popularidade, etc., enquanto o pessimismo se relaciona com a depressão, infelicidade, desesperança, passividade, morbosidade, falta de resistência ou vulnerabilidade aos contratempos, doença (mesmo a morte), impopularidade. Trata-se então de uma característica ou dimensão importante da personalidade e mais em concreto de um estilo cognitivo-afetivo sobre como o sujeito processa a informação quanto ao futuro (Barros,

2010). Para Segerstrom, Taylor, Kemeny e Fahey (1998), o otimismo está associado ao humor como resposta contra o stresse.

Pessoas otimistas tendem a interpretar as suas perturbações como passageiras, ultrapassáveis, controláveis e específicas de determinada situação, resultantes de circunstâncias temporárias (Castanheira, 2013). Todavia, parece provado que mesmo um otimismo primário e expectativas irrealistas ajudam os doentes terminais a enfrentar melhor a doença e a viver mais tempo (Barros, 2010)

Esperança e Psicopatologia

A esperança é uma das dimensões importantes de interesse para a psicologia positiva e da saúde, está associada ao sentido da vida e refere-se a um processo cognitivo onde são pensados os objetivos do indivíduo de acordo com as suas motivações para atingir as suas metas (Mascarenhas, Gutierrez, Santos, Galdino, Medeiros e Souza Lira, s.d.). É o processo que reflete a convicção da possibilidade de um futuro melhor (Castanheira, 2013).

Pode ser entendida como energia cognitiva voltada para objetivos, tendo em conta que elevados níveis de esperança refletem uma forte energia mental e de meios para a consecução de objetivos (Mascarenhas et al., s.d.). Significa uma expectativa quanto ao futuro, mais ou menos justificada, atendendo a um acontecimento agradável ou favorável. Na verdade o otimismo é parente próximo da esperança, embora esta seja mais ampla e talvez com uma conotação mais afetivo-motivacional, enquanto no otimismo prevalece a dimensão cognitiva (Oliveira, 2003). A esperança nos contextos de saúde revela-se um componente cognitivo-motivacional na proteção, eliminação ou redução dos problemas físicos e psicológicos em situação de doença (Morais, 2010).

Mindfulness e Psicopatologia

O *mindfulness* tem sido definido como prestar atenção com único propósito no momento presente e sem ajuizar a experiência (Gregório e Pinto-Gouveia, 2011). É alvo de crescente interesse no domínio da Psicologia. Os estudos sobre *mindfulness* demonstram que este constructo está positivamente relacionado com a saúde psicológica e negativamente com a psicopatologia, sendo relacionado com variáveis da psicologia positiva, tais como, a satisfação com a vida e o otimismo (Venceslau e Marques, 2011).

O *mindfulness* é tido como uma prática que engloba um conjunto de técnicas que treinam a focalização da atenção. Baseado na neurofisiologia do cérebro, estas técnicas podem ser divididas em três grupos: de a) meditação, concentração, em que a pessoa tenta chamar a atenção para um objeto específico; b) *mindfulness* (meditação), no qual, a pessoa

tenta ser recetiva a quaisquer estímulos internos e externos conscientes; c) uma combinação dos dois, em que a pessoa tem um objeto de foco, mas quando surgem outros estímulos, percebe os outros estímulos e, em seguida, retorna para o original objeto de foco (Shapiro, 1981).

Kabat-Zinn (1990); citado em Venceslau e Marques (2011) define *mindfulness* como uma forma específica de atenção plena-concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento. Concentrar-se no momento atual significa estar em contacto com o presente e não estar embrenhado com recordações ou com pensamentos sobre o futuro. Atendendo que as pessoas funcionam muito de uma forma que o autor chama de “piloto automático”, a prática de *mindfulness* serve para trazer a atenção plena para a ação no momento presente.

Num estudo feito por Neves, (2011) com praticantes e não praticantes de Meditação/Yoga, relativamente à autocompaixão verificou-se que, tanto nos praticantes como nos não praticantes de meditação/yoga, as facetas dos traços de *mindfulness* são os que melhor explicam a capacidade do indivíduo ser amável consigo mesmo com uma consciência equilibrada de aceitação dos seus pensamentos e sentimentos.

Compaixão, Auto Compaixão e Psicopatologia

As capacidades de compaixão estão ligadas a competências motivacionais, emocionais e cognitivo-comportamentais – fruto da evolução, de cuidar dos outros e aumentar as suas hipóteses de sobrevivência e prosperidade. Por outro lado, sugere que a compaixão dirigida ao próprio, surge através da utilização das mesmas competências subjacentes à compaixão para com os outros, no relacionamento connosco próprios, isto é, através do desenvolvimento de uma preocupação genuína pelo nosso bem-estar, da aprendizagem de sermos sensíveis e tolerantes em relação ao nosso desconforto, do desenvolvimento de uma compreensão profunda (empatia) das raízes e causas deste (Gilbert e Procter, 2006).

Segundo Gilbert, autocompaixão implica, estar aberto, atento e sensível ao nosso próprio sofrimento – quando este surge em situações de fracasso ou adversidades, não o evitando, gerando antes o desejo de o aliviar e recuperar o próprio bem-estar experienciando assim, sentimentos de cuidado e bondade para connosco próprios.

No geral, o resultado dos estudos conferidos por Neff et al., (2007) deram um grande apoio para a afirmação de que a autocompaixão melhora bastante a psicopatologia e prevê pontos fortes para uma psicologia positiva.

Objetivos

O presente estudo pretende-se avaliar a relação entre as Experiências Dissociativas e Experiências Traumáticas a fim de se averiguar a existência ou não de Psicopatologia.

Os objetivos específicos foram:

- I. Estudar a intensidade da Psicopatologia, das experiências traumáticas, dissociação, autocompaixão, *mindfulness*, esperança e otimismo.
- II. Estudar quais as variáveis de regulação emocional que se associam à Psicopatologia.
- III. Estudar o papel mediador de vivências *positivas* como, a Compaixão, Esperança, Otimismo, e *Mindfulness*, e de *negativas* como as Experiências Dissociativas, na relação entre as Experiências Traumáticas e a Psicopatologia.

Materiais e Métodos

Procedimentos

A aplicação do inquérito de avaliação foi efetuada entre Novembro de 2013 e Maio de 2014 através da sua publicação em diversas redes sociais (Facebook e email). Estes indivíduos ($n = 145$) preencheram o protocolo online (plataforma Google Docs), de forma voluntária e sob objeto de consentimento informado. Para garantir a confidencialidade e o anonimato, todos os dados foram codificados.

Na informação publicada no Facebook para a investigação, foram explicados os principais objetivos da investigação, a metodologia que iria ser utilizada, e a tomada de liberdade para o indivíduo decidir desistir na investigação, se assim o desejasse. Foi pedido para reencaminhar via email, dez vezes e foram publicadas oito vezes no Facebook para aparecer no mural inicial

Instrumentos

Os instrumentos selecionados para a avaliação das variáveis em estudo (experiências traumáticas e dissociativas, autocompaixão, esperança, otimismo e *mindfulness*) foram, a TEC, a DES, a Escala de Otimismo, a Escala sobre a Esperança, a DASS-21, o FMI e a SELFCS.

Depression, Anxiety and Stress Scales/ Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21).

Esta escala foi desenvolvida por (Lovibond e Lovibond, 1995) e a versão portuguesa utilizada nesta investigação é a versão adaptada por (Apóstolo et al., 2006). É uma escala

composta por 21 itens de autorresposta, em que cada item contém quatro opções de resposta, variando entre zero (“*não se aplicou a mim*”), um (“*Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo*”), dois (“*Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo*”) e três (“*aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo*”). Esta escala propõe-se a medir três subescalas, cada uma com os seus itens correspondentes: *Depressão* (3; 5; 10; 13; 16; 17; 21), *Ansiedade* (2; 4; 7; 9; 15; 19; 20) e *Stress* (1; 6; 8; 11; 12; 14; 18). A escala fornece três notas, uma por subescala, que são determinadas através da soma dos resultados dos sete itens que lhe correspondem. O valor mínimo é de “0” e o valor máximo de “21”. Os itens da DASS-21-A foram selecionados de modo a que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois.

As cotações mais elevadas remetem-nos para estados emocionais negativos (Lovibond e Lovibond, 1995; Apóstolo et al., 2006). A média obtida pelos autores Apóstolo et al., (2006) no grupo clínico é de 17,76 ($DP = 18,00$). Quanto à consistência interna da DASS-21, na versão portuguesa de Apóstolo et al., (2006), os resultados obtidos são elevados: no total das três subescalas obteve-se um alfa de Cronbach de 0,95, na depressão 0,90, no stress 0,88 e na ansiedade 0,86. No nosso estudo, o alfa de Cronbach da escala total foi de 0,94 um valor muito bom.

Escala de Experiências Traumáticas/TEC.

Esta escala foi desenvolvida por Nijenhuis, van der Hart e Vanderlinden (1999). Adaptado e validado por Espírito-Santo e Rocha, (2008). É um questionário de 49 itens de autorresposta que aborda 29 tipos de trauma, a idade em que ocorreram, a sua duração assim como também o seu impacto. Aborda a negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e abuso sexual e também em que ambiente isso ocorreu (família de origem, na família alargada ou numa outra situação social) (Nijenhuis, et al., 2002). A gravidade do trauma total pode variar de 0 a 13 (negligência e abuso emocional, abuso físico, e assédio ou abuso sexual) ou de 0 a 24 (ameaça corpo, dor e bizarra punição / estranho).

Na versão portuguesa, a pontuação média total das presenças traumáticas foi de 4,47 ($DP = 3,96$) e consistência interna medida pelo modelo Alfa de Cronbach mostrou um valor de 0,93 (Espírito-Santo et al., 2008). No nosso estudo, o valor de consistência interna apresenta uma boa confiabilidade (α de Cronbach 0,90). Num grupo de dependentes de substâncias e de álcool, é onde a média se verifica mais alta, ($M \pm DP = 27,2 \pm 6,31$). A média das pessoas que foram vítimas de violência doméstica é de 8,65 ($DP = 3,82$), enquanto nos indivíduos com perturbações de humor a média é de 6,69 ($DP = 3,12$) (Espírito Santo e Pio Abreu 2008). Por último, a média da população não clínica é de 2,06 ($DP = 2,57$ com

um ponte de corte de 5,5, o que aponta para o número de seis experiências traumáticas, ostentam psicopatologia (Espírito-Santo et al., 2008).

Dissociative Experiences Scale/DES. Esta escala foi desenvolvida por Bernstein e Putman, (1986).

Esta escala é constituída por 28 itens que medem a frequência de experiências dissociativas. Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa da DES, adaptada e validada por Espírito Santo e Pio Abreu (2008b), com base numa amostra de 570 participantes. Esta escala apresenta boa confiabilidade e validade ($\alpha = 0,94$), e uma forte capacidade de identificar distúrbios dissociativos numa população de doentes com esta patologia. O indivíduo deve assinalar a percentagem de tempo que experimenta cada sintoma, representada por valores entre 0% a 100%, e que variam de 10 a 10%. O resultado total calcula-se através da média da soma das pontuações de todos os itens. Esta escala destina-se a medir quatro fatores, cada um com os seus itens correspondentes: *fator 1- Despersonalização* (12; 13; 28; 11; 7; 16; 27), *fator 2- Absorção* (23; 22; 17; 18; 14; 20; 19), *fator 3- Distratibilidade* (25; 24; 26; 1; 2; 15; 21) e *fator 4- Distúrbios da memória* (5; 3; 8; 4; 6; 9), *outro*: (10).

O primeiro fator, *Despersonalização-desrealização* está associado a experiências de sentir-se desligado, separado de si mesmo, do corpo e das outras pessoas, o segundo fator, *Absorção*, relaciona-se com experiências de envolvimento numa atividade, memória ou fantasia com alheamento em relação ao ambiente; com a capacidade de ignorar dor; e com o conseguir fazer coisas habitualmente difíceis. O terceiro fator, *Distratibilidade*, inclui as experiências de perda de parte da informação de acontecimentos, de encontrar coisas que não se lembra de fazer e confusão sobre memórias, enquanto o quarto fator, está ligado à *Memória perturbada*, caracterizada pelos esquecimentos graves (Espírito Santo, 2008a).

A DES tem uma boa capacidade de detetar patologia dissociativa na população clínica e não clínica. A média obtida pelos autores Espírito Santo e Pio Abreu (2008b) no grupo clínico com perturbação dissociativa é de 37,68 ($DP = 13,48$), no grupo clínico sem perturbação dissociativa a média é de 18,63 ($DP = 10,19$) na amostra não clínica com média de 10,02 ($DP = 6,50$). O ponte de corte para esta população é de 30 valores, produzindo assim a discriminação entre indivíduos que têm perturbação dissociativa, daqueles que não têm. No nosso estudo, o alfa de Cronbach da escala total foi de 0,94, resultado obtido também pelos autores na validação desta escala, o que indica assim, uma boa confiabilidade.

Escala da Autocompaixão (SELFCS. Self-Compassion Scale, Neff, (2003); tradução e adaptação portuguesa de Pinto Gouveia e Castilho, (2006).

Esta escala de autorrelato é constituída por 26 itens, organizada em seis subescalas designadas, cada uma com os seus itens correspondentes: Calor/compreensão (5; 12; 19; 23; 26), Autocrítica (1; 8; 11; 16; 21), Condição Humana (3; 7; 10; 15), Isolamento (4; 13; 18; 25), *Mindfulness* (9; 14; 17; 22), e Sobre identificação (2; 6; 20; 24), com formato de resposta tipo Lickert de 5 pontos (1 = Quase nunca; 5 = Quase sempre) em que o resultado elevado significa mais autocompaixão. No estudo de (Neff, 2003) a análise fatorial delimitou seis fatores com consistências internas moderadas a boas: calor/compreensão (α de Cronbach = 0,78), auto-crítica (α de Cronbach = 0,77), condição humana (α de Cronbach = 0,80), isolamento (α de Cronbach = 0,79), *mindfulness* (α de Cronbach = 0,75) sobre-identificação (α de Cronbach = 0,81). A consistência interna da escala total foi boa na versão original (α de Cronbach = 0,92). No estudo de adaptação para a população portuguesa as consistências internas (α de Cronbach) encontradas foram moderadas a boas, nomeadamente de 0,89 para a escala total, 0,84 para o calor/compreensão, 0,82 para a auto-crítica, 0,77 para condição humana, 0,75 para isolamento e 0,78 para sobre-identificação. Outra característica analisada foi a validade de constructo e os dados obtidos sugeriram uma boa validade, na medida em que esta não evidenciou uma correlação significativa com enviesamentos de desejabilidade social.

A média total obtida pelos autores Castilho e Pinto Gouveia, (2011), foi de $84,04 \pm 13,25$. No nosso estudo o valor do alfa é de 0,89, o que indica uma boa confiabilidade.

Calculámos ainda o compósito de autocompaixão, através da soma das variáveis calor/compreensão, condição humana e *mindfulness*, para o qual obtivemos uma boa consistência interna (α de Cronbach de 0,85).

Escala de Otimismo (Barros, 1998).

A Escala de Otimismo pretende identificar algumas atitudes, da pessoa face ao mundo, ou seja, o otimismo disposicional (pessoal). É uma escala de autorresposta que inclui quatro itens que constituem uma dimensão. A resposta é dada numa escala ordinal de 5 posições, o formato de resposta é tipo Lickert, com respostas entre 1 (“totalmente em desacordo”) e 5 (“totalmente de acordo”) em afirmações tais como “Encaro o futuro com otimismo”. A consistência interna da escala foi verificada através do coeficiente alfa de Cronbach que apresentou o índice de 0,75 numa amostra de 742 indivíduos (Barros, 1998 citado por Vitorino, Morgado e Sequeira (2011).

No nosso estudo, a consistência interna medida pelo modelo Alfa de Cronbach mostrou um valor de 0,83.

Escala sobre a Esperança (Barros, 2003). Esta escala é constituída por seis itens repartidos numa escala tipo likert de 5 pontos, sendo 1. Totalmente em desacordo (absolutamente não), 2. Bastante em desacordo (não), 3. Nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos), 4. bastante de acordo (sim) e 5. Totalmente de acordo (absolutamente sim).

A consistência interna da escala sobre a esperança verificada pelo autor (Barros, 2003) através do coeficiente *alfa de Cronbach* apresentou um índice de 0,80, valor considerado elevado, dados os poucos itens da escala, por isso, e atendendo à estrutura multifatorial, é considerada uma escala com boa fidelidade ou consistência interna. Atendendo à estrutura factorial pode ser considerada uma escala com boa fidelidade ou consistência interna (Oliveira, 2003). O autor obteve resultados que fazem supor que a pessoa com esperança é feliz, otimista e satisfeita (e vice-versa). Os nossos resultados apresentaram um *alfa de Cronbach* de 0,79, que nos confere um bom resultado na consistência interna. Relativamente à cotação da escala, a pontuação total de esperança calcula-se pelo somatório de respostas aos seis itens, com um mínimo possível de 6 e um máximo de 30. São considerados sujeitos com pouca esperança os que obtiverem pontuações menores a 15 e com muita esperança os que pontuam acima de 15.

FMI – O Inventário de *Mindfulness* de Freiburg/FMI – Versão Reduzida de Walach, Buchheld, Grossman, e Schmidt (2006) foi traduzida e adaptada por Pinto Gouveia e Gregório (2007). Este instrumento mede o *mindfulness* enquanto constructo geral com várias facetas interrelacionadas, nomeadamente, um componente cognitivo, um componente processual, um componente de aceitação da experiência e um componente de não ajuizamento. Este instrumento é composto por 14 itens, o formato de resposta é tipo Lickert, com respostas entre 1 (“raramente”) e 4 (“quase sempre”). A pontuação total de *mindfulness* obtém-se a partir da soma de todos os itens. Quanto maior a pontuação total, maior a extensão do *mindfulness*. Na versão reduzida de Walach et al., (2006) a consistência interna medida pelo modelo Alfa de Cronbach mostrou um valor de 0,79 para a população normal, resultado este, obtido também no nosso estudo que indica uma boa confiabilidade.

Os dados da validação portuguesa não estão disponíveis, segundo Galhardo (2013).

Participantes

Na Tabela 1 apresentamos os dados relativos às variáveis sociodemográficas. Relativamente à amostra ($n = 145$), ficou constituída por 40 sujeitos do sexo masculino

(27,6%) e 105 do sexo feminino, (72,4%) com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos de idade. A média de idades desta amostra foi de 28,06 (DP 9,48).

Podemos verificar que a maioria se distribui pelo nível do secundário (30,3%) e de licenciatura (46,2%)

No que concerne ao estado civil, 76,6% ($n = 111$) da amostra encontra-se maioritariamente solteira, estando os restantes sujeitos se encontram casados, divorciados, ou são viúvos ($n = 34$; 23,4%). Em relação à profissão, podemos verificar que a maioria tem uma profissão intelectual (80,7%).

Tabela 1

Caraterização Sociodemográfica da Amostra dos Indivíduos que participaram no Questionário online, Publicado em Redes Sociais.

| Total ($n = 145$) | | | | |
|---------------------|----------|------|----------|-----------|
| | <i>N</i> | % | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Idade | | | 28,06 | 9,49 |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 105 | 72,4 | | |
| Masculino | 40 | 27,6 | | |
| Estado civil | | | | |
| Solteiro | 111 | 76,6 | | |
| Casado | 34 | 23,4 | | |
| Escolaridade | | | | |
| 1º Ciclo | 6 | 4,1 | | |
| 2º Ciclo | 4 | 2,8 | | |
| Secundário | 44 | 30,3 | | |
| Licenciatura | 67 | 46,2 | | |
| Mestrado | 23 | 15,9 | | |
| Doutoramento | 1 | 0,7 | | |
| Profissão | | | | |
| Manual | 28 | 19,3 | | |
| Intelectual | 117 | 80,7 | | |

n = número de sujeitos, M = média; DP = desvio padrão

Análise de dados

A análise estatística foi efetuada com o Software SPSS Statistics (V.21; IBM SPSS, *Statistical Package for the Social Sciences*) Inc., 2011.

Na análise descritiva realizámos, medidas de tendência central (moda, médias), de dispersão (desvios-padrão), medidas de assimetria e achatamento, e frequências (%). Foi aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnoff, e observou-se que nenhuma das

variáveis estudadas seguia distribuição normal ($p < 0,05$). Inicialmente verificámos que não havia “outliers” (valores muito baixos ou muito altos).

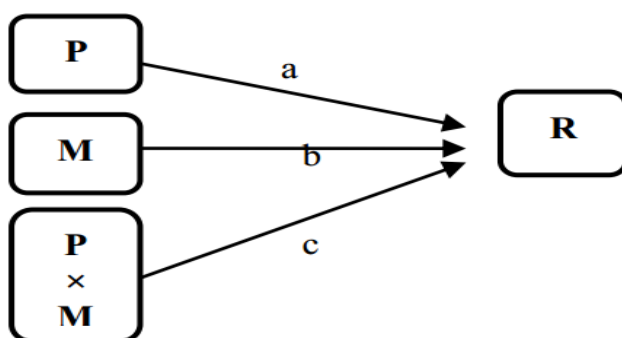
As associações entre as variáveis quantitativas foram estudadas mediante correlações bivariadas de Spearman. Fizemos, ainda, o cálculo de regressões lineares, que no entanto, para podermos realizar o mesmo têm de ser preenchidos determinados pressupostos.

No que respeita a multicolinearidade, não revelou problemas, pois os valores das matrizes de correlações bivariadas entre as variáveis independentes não foram superiores a 0,75, limite referido por Marôco (2007). Depois, quanto ao pressuposto do tamanho da amostra, também não houve problema ($145 > 50 + 8 \times 1$).

Finalmente verificamos que os resíduos tinham distribuição normal, linear e homocedástica. Uma vez cumpridos estes pressupostos, procedeu-se à análise das regressões lineares múltiplas. Seguidamente foram realizadas análises de mediação, recorrendo ao teste de Sobel com recurso a uma calculadora online (Calculation for the Sobel Test: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>), tomando como pressupostos as indicações de Baron e Kenny (1986). Os autores afirmam que o estabelecimento de uma moderação é conseguido através da avaliação do efeito direto de a) um preditor (P); b) de um potencial moderador (M) e c) do produto da interação entre o preditor e o moderador ($P \times M$). (Figura 1).

O nível de significância estatística utilizado foi inferior a 0,05.

Figura 1. Modelo de moderação/ Teste de Sobel.



Nota: Adaptado de Baron e Kenny (1986). P = Preditor (TEC); M = Moderador (SELFCS, DES, Esperança, Otimismo e *Mindfulness*); $P \times M$ = Preditor \times Moderador; R = Resultado (DASS).

Resultados

Na Tabela 2, apresentamos as médias (M), desvios-padrão (DP), medidas de assimetria (As) e achatamento (Ku) e teste de normalidade (Ks) nas pontuações da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21), Escala de Experiências Traumáticas (TEC),

Dissociative Experiences Scale (DES), *Self-Compassion Scale* (SELFCS), Inventário de *Mindfulness* de Freiburg (FMI), Escala de Otimismo e Escala da Esperança numa Amostra de Indivíduos utilizadores de redes sociais ($n = 145$).

No que respeita à escala de Depressão, Ansiedade e Stress a pontuação dos nossos participantes apresentam uma média de 32,59 ($DP = 8,46$) que se revela superior aos valores obtidos pelos autores Apóstolo et al., (2006), ($M \pm DP = 17,76 \pm 18$). A pontuação média obtida na escala de experiências traumáticas (TEC) foi estatisticamente significativa ($t = p = 0,05$, com uma média de 3,33 ($DP = 2,81$) superior aos valores apresentados pelos autores Espírito-Santo e Rocha, (2013), ($M \pm DP = 2,06 \pm 2,57$).

Quanto às experiências dissociativas medidas pela escala DES comparando a média da nossa amostra total ($M \pm DP = 12,88 \pm 8,84$) com a amostra não clínica do estudo $M = 10,02$ ($DP = 6,50$) Espírito-Santo & Abreu, (2009) verifica-se que os nossos resultados foram superiores.

Em relação às escalas de regulação emocional *positivas*¹, obtiveram-se valores tendencialmente mais baixos. Na Escala de Otimismo obtivemos uma média de 10,18 ($DP = 2,87$) comparando com o resultado de Barros, (2010) com ($M \pm DP = 15,50 \pm 2,60$), as nossas pontuações mostram-se inferiores. Na Escala sobre a Esperança a média 13,90 ($DP = 0,93$) é também inferior aos resultados dos autores Barros, (1998) com uma média de 3,91 ($DP = 0,60$). A SELFCS no nosso estudo apresentou uma média de 81,96 ($DP = 13,50$) valor mais baixo do que o achado pelos autores ($M \pm DP = 84,04 \pm 13,25$) (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). As subescalas *Condição Humana*, *Atenção Plena*, e *Sobreidentificação* da escala da Autocompaixão (SELFCS) apresentaram um valor mínimo de 4 e um valor máximo de 20. A *Autocrítica* foi a subescala com uma média superior 17,04 ($DP = 3,83$).

Na escala de *mindfulness*, obtivemos níveis tendencialmente superiores ($M \pm DP = 39,03 \pm 6,23$) comparando com a média do estudo original 37,24 ($DP = 5,63$), (Wallach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht e Schmidt, 2006)

¹ Escalas de regulação emocional *positivas*: Escala sobre Esperança, Escala da Autocompaixão, Escala sobre o otimismo e Inventário de *mindfulness*

Tabela 2.*Intensidade e grau ao nível da regulação emocional**N=145*

| Escalas | <i>mo</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | Variação Mín-Max. | <i>As</i> | <i>Ep</i> | <i>Ku</i> | <i>Ku Ep</i> | <i>Ks</i> |
|-----------------------|-----------|----------|-----------|----------------------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------|
| DASS_21 Total | 29,00 | 32,59 | 8,46 | 20,00-57,00 | 0,676 | 0,20 | -0,23 | 0,400 | 0,00 |
| Depressão | 8,00 | 10,81 | 3,21 | 7,00-21,00 | 0,971 | 0,20 | 0,38 | 0,400 | 0,00 |
| Ansiedade | 9,00 | 11,03 | 2,93 | 7,00-20,00 | 0,698 | 0,20 | -0,19 | 0,400 | 0,00 |
| Stress | 10,00 | 10,56 | 2,98 | 6,00-18,00 | 0,387 | 0,20 | -0,45 | 0,400 | 0,00 |
| TEC | 1,00 | 3,33 | 2,81 | 0,00-16,00 | 1,029 | 0,20 | 1,71 | 0,400 | 0,00 |
| DES Total | 17,50 | 12,88 | 8,84 | 0,00-50,00 | 2,344 | 0,20 | 6,69 | 0,400 | 0,00 |
| Despersonalização | 4,29 | 7,67 | 6,77 | 0,00-42,86 | 0,912 | 0,20 | 0,25 | 0,400 | 0,00 |
| Absorção | 10,00 | 19,31 | 15,01 | 0,00-70,00 | 1,024 | 0,20 | 0,75 | 0,400 | 0,00 |
| Distratibilidade | 4,29 | 19,09 | 13,57 | 0,00-64,29 | 1,768 | 0,20 | 3,06 | 0,400 | 0,00 |
| Distúrbios da Memória | 0,00 | 4,89 | 6,10 | 0,00-31,67 | 0,676 | 0,20 | -0,23 | 0,400 | 0,00 |
| SELFCS Total | 78,00 | 81,96 | 13,50 | 38,00-123,00 | -0,026 | 0,20 | 1,99 | 0,401 | 0,00 |
| Compreensão calorosa | 14,00 | 14,15 | 3,71 | 5,00-25,00 | 0,119 | 0,20 | 0,359 | 0,400 | 0,04 |
| Autocritica | 16,00 | 17,04 | 3,83 | 5,00-25,00 | -11,17 | 0,20 | 131,17 | 0,401 | 0,01 |
| Condição humana | 12,00 | 11,63 | 3,13 | 4,00-20,00 | -0,155 | 0,20 | 0,18 | 0,400 | 0,00 |
| Isolamento | 12,00 | 13,47 | 3,20 | 6,00-20,00 | -11,42 | 0,20 | 135,08 | 0,401 | 0,00 |
| Atenção plena | 12,00 | 12,39 | 3,24 | 4,00-20,00 | 0,083 | 0,20 | 0,63 | 0,400 | 0,00 |
| Sobreidentificação | 12,00 | 13,29 | 3,41 | 4,00-20,00 | -11,34 | 0,20 | 133,79 | 0,401 | 0,00 |
| FMI Total | 42,00 | 39,03 | 6,23 | 20,00-54,00 | -0,168 | 0,20 | -0,05 | 0,40 | 0,20 |
| Presença | 18,00 | 17,92 | 3,22 | 6,00-24,00 | -0,596 | 0,20 | 0,76 | 0,40 | 0,00 |
| Aceitação | 22,00 | 21,11 | 3,88 | 12,00-31,00 | -0,026 | 0,20 | -0,19 | 0,40 | 0,04 |
| Otimismo | 11,00 | 10,18 | 2,87 | 0,00-16,00 | -0,611 | 0,20 | 0,95 | 0,40 | 0,00 |
| Esperança | 18,00 | 3,90 | 0,93 | 0,00-8,00 | -0,137 | 0,20 | 3,53 | 0,40 | 0,02 |

DASS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; TEC = Escala de Experiências; DES = Escala de Experiências Dissociativas; SELFCS = Escala da Autocompaixão; As = assimetria Traumáticas; FMI = Inventário de Mindfulness; mo = moda; M = média; DP = desvio padrão; Min = mínimo; Max = máximo; As = Assimetria; Ku = Curtose; Ep = Erro Padrão; Ks = Kolmogorov-Smirnoff

A Tabela 3 apresenta as correlações bivariadas de Spearman das escalas DASS-21, pontuação total e subescalas, TEC, DES, SELFS, FMI, Otimismo e Esperança. As subescalas da escala DASS-21, correlacionam-se estaticamente e de forma significativa.

A DASS total correlaciona-se de forma positiva e moderada com a TEC e a DES e de forma negativa moderada com todas as dimensões positivas da regulação emocional.

Verificou-se que o mesmo acontece com as subescalas da DASS, Depressão, ansiedade e stress.

Quanto à TEC há relação positiva fraca com a DES e negativa fraca com a SELFS.

Tabela 3

Correlações Bivariadas de Spearman entre as escalas DASS-21, Pontuação Total e Subescalas, TEC, DES, SELFS, FMI, Otimismo e Esperança.

| Variáveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------|---|--------|--------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|
| 1.DASS Total | - | 0,92** | 0,90** | 0,93** | 0,31* | 0,47** | -0,53* | -0,52* | -0,46** | -0,40** |
| 2. Depressão | | - | 0,76** | 0,80*** | 0,29** | 0,45** | -0,53** | -0,51** | -0,50** | -0,43** |
| 3. Ansiedade | | | - | 0,76** | 0,27** | 0,42** | -0,38** | -0,43** | -0,33* | -0,32** |
| 4.Stress | | | | - | 0,27** | 0,41** | -0,54** | -0,50** | -0,44** | -0,36** |
| 5.TEC | | | | | - | 0,25** | -0,20* | -0,05 | -0,15 | -0,10 |
| 6.DES Total | | | | | | - | -0,26** | -0,22** | -0,11 | -0,16 |
| 7.SELFS Total | | | | | | | - | 0,48** | 0,36** | 0,40** |
| 8.FMI Total | | | | | | | | - | 0,55** | 0,54** |
| 9.Otimismo | | | | | | | | | - | 0,70** |
| 10.Esperança | | | | | | | | | | - |

DASS Total = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; *TEC* = Escala de Experiências Traumáticas; *DES* = Escala de Experiências Dissociativas; *SELFCS* = Escala de Autocompaixão; *FMI* = Inventário de Mindfulness; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Nas Tabelas 4 e 5, apresentam-se as regressões lineares simples para as variáveis TEC e DASS. Os participantes com mais experiências traumáticas poderão apresentar mais níveis de depressão, ansiedade e stress bem como realizar mais experiências dissociativas ($p < 0,001$). Por outro lado, as experiências traumáticas parecem conduzir a níveis inferiores de compaixão e otimismo nos participantes da presente amostra ($p < 0,001$).

Tabela 4

Regressão Linear Simples das variáveis, Escala de Experiências Traumáticas (TEC), Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21,) Dissociative Experiences Scale (DES), Self-Compassion Scale (SELFCS), Inventário de Mindfulness de Freiburg (FMI, Escala de Otimismo e Escala sobre a Esperança.

| Variável Independente | Variável Dependente | β | p |
|-----------------------|---------------------|---------|---------|
| TEC | DASS_Total | 1,00 | 0,000** |
| | DES_Total | 0,53 | 0,042** |
| | SELFCS Total | -0,85 | 0,033** |
| | Compr. Calorosa | -0,04 | 0,723 |
| | Autocritica | -0,33 | 0,003** |
| | Condição humana | 0,17 | 0,076 |
| | Isolamento | -0,25 | 0,009** |
| | Atenção plena | -0,02 | 0,863 |
| | Sobreidentificação | -0,38 | 0,000** |
| | FMI | -0,18 | 0,333 |
| | Otimismo | -0,17 | 0,044** |
| | Esperança | -0,16 | 0,150 |

DASS Total = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; *TEC* = Escala de Experiências Traumáticas; *DES* = Escala de Experiências Dissociativas; *SELFCS* = Escala da Autocompaixão; *FMI* = Inventário de *Mindfulness*; β = valor de Beta; p = valor do teste; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Na Tabela 5, a Escala de depressão, ansiedade e stress relaciona-se de forma inversa e significativa encontrou-se a escala de Auto compaixão, a escala de *Mindfulness*, o otimismo e a esperança. Assim, os participantes com níveis inferiores de autocompaixão, otimismo ou esperança, apresentam níveis superiores de Depressão, Ansiedade e Stress ($p < 0,001$). As subescalas compreensão calorosa, condição humana e atenção plena, da escala da Auto Compaixão, embora apresentem também um sentido inverso aos sintomas de depressão, ansiedade e stress, estes não foram significativos.

Tabela 5

Regressão Linear Simples das variáveis (TEC), (DASS) (DES), (SELFCS), (FMI), Escala de Otimismo e Escala sobre a Esperança.

| Variável Independente | Variável Dependente | β | p |
|-----------------------|---------------------|---------|---------|
| DASS_Total | DES_Total | 0,43 | 0,000** |
| | SELFCS Total | -0,33 | 0,000** |
| | Compr. Calorosa | -0,19 | 0,330 |
| | Autocritica | -1,33 | 0,000** |
| | Condição humana | 0,03 | 0,894 |
| | Isolamento | -1,55 | 0,000** |
| | Atenção plena | -0,46 | 0,036 |
| | Sobreidentificação | -1,46 | 0,000** |
| | FMI | -0,76 | 0,000** |
| | Otimismo | -1,66 | 0,000** |
| | Esperança | -0,20 | 0,000** |

DASS Total = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; *TEC* = Escala de Experiências Traumáticas; *DES* = Escala de Experiências Dissociativas; *SELFCS* = Escala da Autocompaixão; *Compr. Calorosa* = Compreensão calorosa; *FMI* = Inventário de *Mindfulness*; β = valor de Beta; p = valor do teste; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

De acordo com a análise de mediação recorrendo ao teste de Sobel (Tabela 8) para avaliar o efeito de variáveis como (DES) dissociação, (SELFCS) autocompaixão e otimismo entre a relação experiências traumáticas (TEC) e o desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade e stress (DASS). Sentimentos de autocompaixão e otimismo apresentam um efeito mediador entre a existência de experiências traumáticas e o desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade e stress.

Tabela 6

Hipóteses de mediação das variáveis propostas na relação da Autocompaixão (SELFCS) e suas Subescalas (Isolamento, Autocrítica e Sobreidentificação) e Otimismo e Dissociação (DES) entre Experiências traumáticas (TEC) e Depressão, Ansiedade e Stress (DASS)

| Variável Independente | Variável Dependente | β | β Não Padronizado | Erro Padrão | p | R | R ² | Sobel |
|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------|-------------|---------|-------|----------------|--------------------|
| TEC | DES | 0,17 | 0,53 | 0,26 | 0,042 | 0,17 | 0,03 | 1,94 ^{NS} |
| DES | DAAS | 0,45 | 0,43 | 0,07 | < 0,001 | 0,45 | 0,20 | |
| TEC | SELFCS | -0,18 | -0,85 | 0,40 | 0,033 | -0,18 | 0,03 | 2,06* |
| SELFCS | DAAS | -0,33 | 0,05 | 0,05 | < 0,001 | 0,52 | 0,27 | |
| TEC | Isolamento | 0,03 | 0,18 | 0,51 | 0,732 | 0,03 | 0,00 | 0,33 ^{NS} |
| Isolamento | DAAS | -0,09 | -0,05 | 0,04 | 0,269 | 0,09 | 0,01 | |
| TEC | Auto-crítica | 0,02 | 0,09 | 0,52 | 0,859 | 0,02 | 0,00 | 0,17 ^{NS} |
| Auto-crítica | DAAS | 0,04 | 0,06 | 0,04 | 0,164 | 0,12 | 0,01 | |
| TEC | Sobre-Ident. | 0,01 | 0,04 | 0,52 | 0,936 | 0,01 | 0,00 | 0,08 ^{NS} |
| Sobre-ident. | DAAS | -0,10 | 0,05 | 0,04 | 0,231 | 0,10 | 0,01 | |
| TEC | Otimismo | -0,17 | -0,17 | 0,08 | 0,044 | 0,17 | 0,03 | 1,97* |
| Otimismo | DAAS | 0,55 | -1,66 | 0,21 | < 0,001 | 0,55 | 0,31 | |

DASS Total = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; TEC = Escala de Experiências Traumáticas; DES = Escala de Experiências Dissociativas; SELFCS = Escala da Autocompaixão; Sobre-Ident. = Sobre Identificação; β = valor de Beta; p = valor do teste, R = R quadrado; R^2 = R quadrado ajustado; NS = não significativo; * $p < 0,05$.

Nas Figura 2-4 destacamos as variáveis que medeiam de forma estatisticamente significativa a relação entre as experiências traumáticas e os sintomas psicopatológicos medida pela DASS. Tal como podemos ver (Figura 2), a compaixão medida pela SELFCS medeia de forma estatisticamente significativa (Sobel = 2,064; $p < 0,01$) o impacto das experiências traumáticas (TEC) nos sintomas psicopatológicos (DASS).

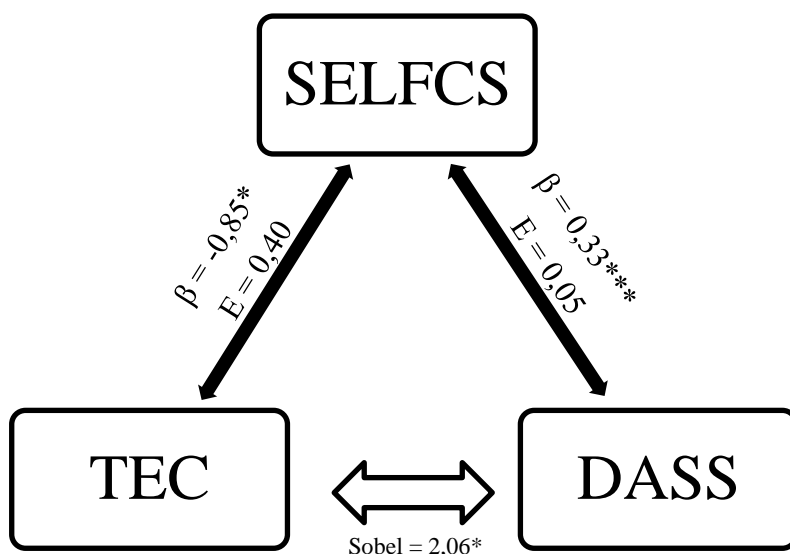


Figura 2. A relação entre as experiências traumáticas (TEC), e a depressão, ansiedade e stress (DASS) mediada pela autocompaixão (SELFCS). \blackrightarrow = relação entre a variável independente, variável mediadora e variável dependente; \longleftrightarrow = efeito da TEC sobre a DASS, controlando o efeito da SELFCS; β = valor de Beta; E = Erro Padrão; p = valor do teste; Sobel = valor do teste de mediação; * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Na Figura 3, podemos observar que o otimismo tem um efeito mediador na relação entre as experiências traumáticas (TEC) e os sintomas psicopatológicos (DASS). O efeito foi estatisticamente significativo (sobel = 1,97; $p < 0,05$).

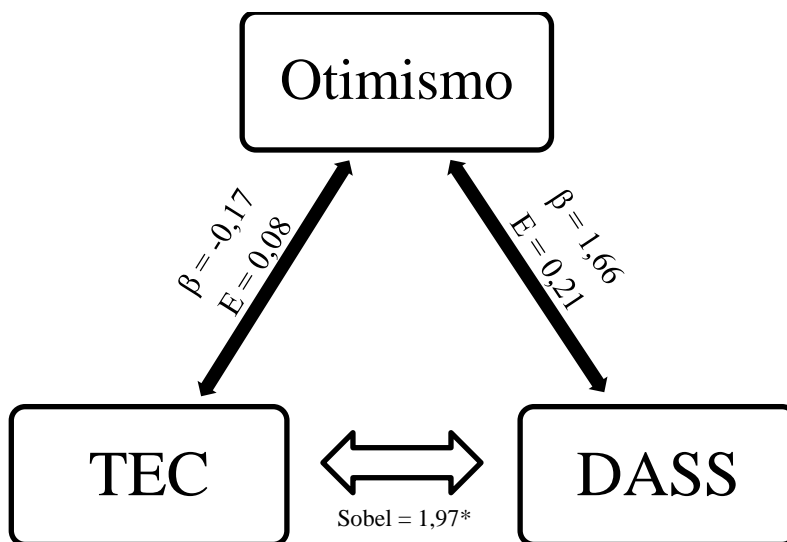


Figura 3. A relação entre as experiências traumáticas (TEC) e a depressão, ansiedade e stress (DASS) mediada pelo Otimismo. \blackrightarrow = relação entre a variável independente, variável mediadora e dependente; \longleftrightarrow = efeito da TEC na DASS, controlando o efeito do otimismo; β = valor de Beta; E = Erro Padrão; p = valor do teste; Sobel = valor do teste de mediação; * $p < 0,05$.

Na Figura 4 apresentamos o modelo de mediação, com a significância do efeito mediador encontrado (Sobel = 1,940; $p < 0,05$). Os resultados das análises apresentadas indicam que as experiências dissociativas (DES) foram tendencialmente significativas na mediação do efeito das experiências traumáticas (TEC) para a presença ou severidade de sintomas psicopatológicos (DASS).

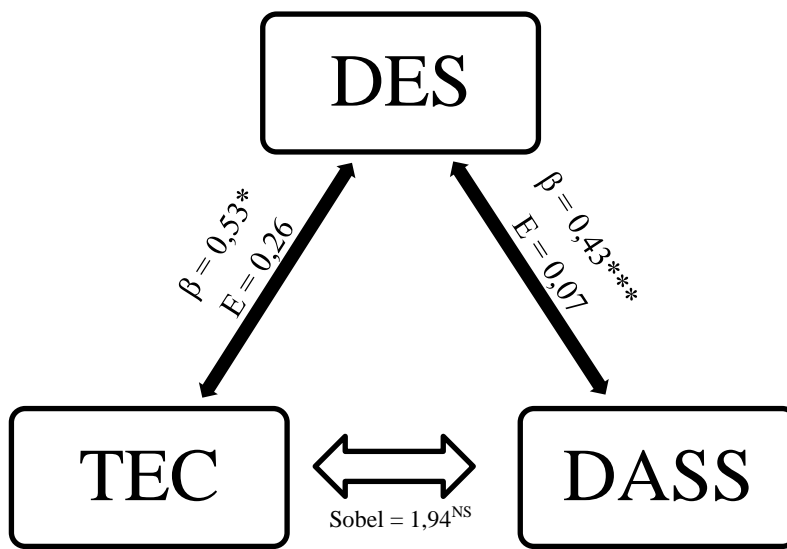


Figura 4. A relação entre as experiências traumáticas (TEC), e a depressão, ansiedade e stress (DASS) mediada pelas experiências dissociativas (DES). ➡ = relação entre a variável independente, mediadora e a variável dependente, ⇔ = efeito da TEC na DASS, controlando o papel da DES; β = valor de Beta; E = Erro Padrão; p = valor do teste; Sobel = valor do teste de mediação; * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$, NS = não significativo.

DISCUSSÃO

Era nosso objetivo neste estudo, analisar o papel mediador das experiências positivas como a Compaixão, a Esperança, o Otimismo, o *Mindfulness* e das experiências dissociativas no impacto de Experiências Traumáticas para sintomas de depressão, ansiedade e stress. Os resultados obtidos revelaram que duas destas variáveis do espectro positivo, aparentemente fazem mediação.

A nossa amostra, recolhida através da colocação online de questionários é constituída por um total de 145 sujeitos e verificou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino, solteiros e com idade média de 28 anos ($DP = 9,49$). Estes sujeitos, na sua maioria possui uma licenciatura e têm uma profissão intelectual. Comparando o nosso estudo com a investigação de Collins e Kenneth, (2004), que teve como objetivo a validação de uma versão baseada na internet, da Escala de Experiências Dissociativas numa amostra de trezentos e um

indivíduos, verificou-se que também a maioria dos participantes eram do sexo feminino e a idade média obtida era de 33, ligeiramente superior à idade média obtida no nosso estudo. A maioria eram estudantes universitários, o que também vai ao encontro dos resultados no nosso estudo.

Note-se que as médias das pontuações das nossas variáveis *negativas*, as pontuações foram tendencialmente mais altas, e em algumas *positivas* foram mais baixas. Assim, na DASS, os nossos participantes pontuam de forma mais elevada do que a média obtida (Apóstolo et al., 2006).

As cotações mais elevadas remetem-nos para estados emocionais negativos (Lovibond e Lovibond, 1995; Apóstolo et al., 2006). Desta forma, os dados recolhidos da nossa amostra parecem ser indicadores de presença relevante de sintomatologia depressiva, ansiosa e de stresse. Ainda em relação às variáveis *negativas*, os resultados obtidos através da TEC, são superiores à média apresentada pelos autores, na amostra não clínica (Espírito-Santo e Rocha, 2013). Além destes resultados, obtemos também um valor de significância estatisticamente significativo.

Nas experiências dissociativas medidas pela DES, os nossos participantes obtiveram valores médios mais elevados do que, os obtidos pelos autores Espírito Santo e Pio Abreu (2008). No estudo de Collins e Kenneth, (2004), a média das pontuações da DES obtida através do questionário online relataram níveis significativamente mais elevados de dissociação do que, através do método tradicional papel e caneta.

As médias das pontuações de algumas das nossas variáveis *positivas* foram tendencialmente mais baixas. Portanto, conseguimos verificar que na SELFCS, os nossos participantes obtiveram pontuações médias mais baixas do que as obtidas pelos autores (Castilho e Pinto Gouveia e 2011). Os indivíduos com níveis mais elevados de autocompaixão relataram serem igualmente amáveis consigo próprios e com os outros, enquanto que os indivíduos com níveis mais baixos de autocompaixão descreveram ser mais amáveis com os outros do que consigo próprios. Estes resultados parecem sugerir que a existência de uma atitude de respeito e de cuidado para com o eu (assim como para com o outro) é um componente importante da autocompaixão (Castilho e Pinto Gouveia, 2011).

Em relação a mais duas das nossas variáveis de regulação emocional, as médias da nossa amostra na Escala de Otimismo e Escala sobre a Esperança, foram ligeiramente inferiores à média apresentada pelos autores (Barros, 1998).

Concomitantemente, Barros (2010) dá-nos conta de que o baixo valor de otimismo, ou, o chamado pessimismo influencia na depressão, desesperança, vulnerabilidade aos

contratempos, doença, impopularidade. Entenda-se que na nossa amostra, a maioria dos sujeitos pontua significativamente nas variáveis negativas, como a depressão, ansiedade e stress, pressupomos que seja justificação para níveis mais baixos nas variáveis positivas.

Curiosamente, a nossa população obteve níveis superiores de *mindfulness*, em relação às médias obtidas pelos autores Walach et al., (2006), que incluía pessoas a fazer *mindfulness* e provas de comunidade.

Até que ponto, o enviesamento da nossa amostra contribui para estes resultados?

No entanto há a reparar que a metodologia de avaliação foi diferente. Provavelmente, esta metodologia online, pode ter colocado as pessoas mais desinibidas, o que poderá contribuir para uma maior liberdade no tipo de resposta. Para resolvermos esta questão, deveríamos em estudos futuros fazer uma comparação, em amostras com as mesmas características sociodemográficas, mas avaliadas pelo método tradicional de papel e caneta com a presença do avaliador.

Tínhamos como objetivo verificar quais as variáveis que se associam à psicopatologia e verificamos que todas as dimensões, quer positivas, quer negativas, se correlacionam com os sintomas psicopatológicos medidos pela DASS-21.

Começamos por a DASS-21 e TEC e verificamos que as experiências traumáticas se correlacionam com a psicopatologia. Estes dados corroboram com os já estudados por Svedin et al., (2004) que nos diz, que os sintomas e problemas de comportamento relatados após experiências traumáticas incluem ansiedade, depressão e stress pós traumático.

Em relação à DES, à semelhança de outros estudos, os valores obtidos pela nossa amostra associam-se com a DASS. (Espírito-Santo 2008; Castilho, 2011). É importante notar que os sintomas dissociativos se associam a várias patologias, como por exemplo, as somatoformes, obsessivo-compulsiva, até às perturbações do comportamento alimentar (revisão de Espírito-Santo e Pio Abreu, 2008).

Constatamos ainda que os dados obtidos pela DASS-21 se correlacionam significativamente de forma negativa com a autocompaixão, o *mindfulness*, o otimismo e a esperança. Embora só recentemente a autocompaixão tenha sido definida e avaliada revela-se um constructo promissor na autoaceitação, no *mindfulness* e otimismo (Neff, 2003b). Por outro lado, os resultados obtidos pelo mesmo autor mostraram associações significativamente negativas com a ansiedade, depressão e autocrítica (Neff 2003a, 2003b; Neff et al., 2005). À semelhança de muitos outros estudos, os sintomas de depressão, ansiedade e stress relacionam-se, quanto mais psicopatologia, menos esperança e menos otimismo.

A nossa investigação, não só veio confirmar em grande parte, o que já foi verificado em outros estudos, no que se refere à associação entre o *mindfulness*, a autocompaixão, afeto positivo e negativo e à psicopatologia, como também reforça a importância destes no funcionamento psicológico humano, nomeadamente o seu envolvimento na psicopatologia.

No que respeita a análise das regressões lineares simples, salienta-se os resultados da Escala DASS-21 (de depressão, ansiedade e stress) que se relaciona de forma inversa e estatisticamente significativa com as escalas que avaliam os constructos positivos, a Autocompaixão, a escala de *Mindfulness*, a escala sobre o otimismo e a Escala sobre a esperança.

O aspeto mais inovador do nosso estudo foi a descoberta das variáveis que têm papel mediador das experiências traumáticas na psicopatologia (III objetivo). Verificamos que a autocompaixão, medida pela SELFCS, tem um papel de atenuação do impacto das experiências traumáticas, nos sintomas psicopatológicos, no entanto não encontramos estudos que suportem estes achados, pelo que ele deve ser replicado noutro tipo de amostras, especialmente nas clínicas.

As investigações sugerem que os indivíduos variam no traço de autocompaixão e que a autocompaixão está fortemente ligada à saúde psicológica constituindo uma estratégia de autorregulação emocional com um efeito protetor no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Neff, 2003a; 2003b).

O facto dos sujeitos serem compassivos consigo mesmos, possivelmente atenuará a culpa de muitas vítimas das experiências traumáticas, como o abuso emocional, sexual, etc.

Se as experiências traumáticas derivarem dos outros, o facto de os indivíduos serem compassivos, facilita a mediação em sintomas de depressão, ansiedade e stress. Interessantemente, esta dimensão da compaixão, parece estar mais relacionada com o *passado*, e o otimismo parece ser do *futuro*.

Pela bibliografia consultada para o presente estudo verificamos que as emoções positivas ajudam a solucionar problemas relacionados com o desenvolvimento e crescimento pessoal, em que os estados mentais e comportamentais ficam preparados para situações futuras.

Por último, a avaliação de experiências dissociativas, avaliadas pela DES, apresenta valores marginalmente significativos na atenuação da depressão, ansiedade e stress. Estes resultados remetem-nos para a necessidade de uma replicação futura dos cálculos de mediação, numa amostra clínica.

Uma força importante do nosso estudo passa pela validade dos resultados obtidos. O facto de os sujeitos responderem de forma anónima ao formulário poderá ter contribuído para a obtenção de resultados mais próximos da realidade, evitando assim o sentimento intrusivo e/ou de exposição direta perante o investigador. No entanto, é possível que este tipo de recolha de dados enviesse a seleção de sujeitos.

Ainda assim, a administração computadorizada de questionários pode trazer consigo benefícios metodológicos específicos, incluindo a padronização de apresentação, a eliminação de conjuntos de dados incompletos, uma redução nos conjuntos socialmente desejáveis de resposta e enviesamento do experimentador (Collins e Kenneth, 2004).

O principal objetivo do estudo de Gosling, Vazire Srivastava e John (2004) foi avaliar alguns preconceitos generalizantes sobre os dados obtidos pela Internet. Estes autores sugerem que os dados fornecidos pelo método da Internet são de, pelo menos, tão boa qualidade como os fornecidos pelo método de papel e lápis tradicionais. Os métodos tradicionais também têm as suas próprias fraquezas, como excesso de confiança nas amostras em estudo e falta de anonimato. Ao mesmo tempo, que os dados da Internet não estão livres de limitações metodológicas, como cada método, como é o exemplo da falta de controlo sobre o ambiente do participante e a suscetibilidade para respostas falsas (Gosling, Vazire Srivastava e John, 2004).

Reips (2001) identificou 18 vantagens para a realização de pesquisa psicológica na web: Redução de custos na produção e aplicação de questionários, a facilidade de acesso para as populações de interesse, facilidade de acesso e apresentação de respostas para os participantes, a redução de conjuntos de dados incompletos e automação de dados. Além disso, estudos com base na Internet podem ser mais apelativos. No entanto, não se deve presumir que, com a versão computadorizada, a versão papel/caneta deve ser explorada separadamente. Em vez disso, há espaço para ambos, e os pesquisadores devem selecionar o método que se adapte à sua pesquisa e aos seus objetivos (Gosling, Vazire Srivastava e John, 2004).

Limitações

Ainda que tenhamos obtido resultados que contribuem para a importância de algumas variáveis na psicopatologia, a nossa investigação apresenta algumas limitações. Primeiramente verifica-se que a população estudada é maioritariamente feminina, o que poderá ter condicionado os nossos resultados.

Ainda que a dimensão da nossa amostra seja grande, o facto de também ser constituída maioritariamente por estudantes do ensino superior torna-a demasiado específica para permitir uma generalização para a população geral, não estudantil.

Há ainda, obviamente, uma variedade de problemas potenciais associados com a realização de pesquisa psicológica na web. O que significa que os participantes ao auto-selecionar o questionário/estudo podem concluir o estudo mais de uma vez, podendo responder de forma dissimulada e/ou maliciosa.

A preocupação maior na condução da pesquisa baseada na internet é que o investigador não tem controlo sobre as condições em que os participantes completaram o estudo, mas esta não é a única, os dados demográficos das populações da Internet, podem também ser alterados facilmente e comprometerem assim a fiabilidade dos nossos resultados (Collins e Kenneth, 2004)

Conclusões

A Compaixão (Passado) e o Otimismo (Futuro) parecem ser as dimensões que afetam a relação entre as experiências traumáticas e a psicopatologia.

Impõe-se assim, a replicação deste estudo à luz de outras amostras.

Referências

- Agargun, M., Kara, H., Özer, Ö., Selvi, Y., Kiran, Ü., e Kiran, S. (2003). Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 139–145.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, C. e Azeredo, A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (6), 863-871.
- Ariel, G., Dwolatzky, Z., Zvi, P. e Witztum, E. (2012). Dissociative Symptoms as a Consequence of Traumatic Experiences: The Long-term Effects of Childhood Sexual Abuse. *Israel Journal Psychiatry Relatory Science*, 1 (50).
- Baron, M., e Kenny, A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. Doi: 10.1037/022-3514.51.6.1173.
- Barros, J. (2010). Felicidade, optimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos *Psychologica*, 52 (1), 1123-1147.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735.
- Boom, K., Hout, M. e Huntjens, R. (2010). Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *Personality and Individual Differences*, 48, 447–451.
- Castanheira, F., (2013). A Relação entre a Resiliência e a Vulnerabilidade ao Stress: estudo numa organização de práticas positivas. Tese para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos. Leiria.
- Castilho, P. e Pinto-Gouveia (2011). Auto-compassão: estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-compassão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-231.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Classen, C., Koopman, C. e Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 178-194.

- Collins, F. E. e Jones, Kenneth. V. (2004). Investigating Dissociation Online: Validation of a Web-Based Version of the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5 (1).
- Cordón, I., Pipe, M., Sayfan, L., Melinder, A. e Goodman, G. (2004). Memory for traumatic experiences in early childhood. *Elsevier*, 24, 101-132.
- Espírito-Santo, H (2008). Histeria: A Unidade Perdida. Estudo dos fenómenos semelhantes e dissemelhantes das perturbações somatoformes e dissociativas. Dissertação submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de doutor na Área de Saúde Mental. Porto: Universidade do Porto.
- Espírito-Santo, H. e Pio Abreu, J. L. (2008b). Portuguese validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 69-82. Doi: 10.1080/15299730802485177.
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Martins, L. e Xavier, M. (2013). The portuguese traumatic experiences checklist (TEC): psychometrics and prevalence of traumatic experiences [Resumo de Póster apresentado no 21st European Congress of Psychiatry. Nice, France]. *European Psychiatry*, 28 (1). doi:10.1016/S0924-9338(13)76554-4.
- Galhardo, A. (2013, Fev.). *Coping with infertility: The Mindfulness Based*. Fonte: eshre - science moving people moving science: <http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Paramedical/Leuven%202013/GALHARDO.pdf>
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S. e John, O, P. (2004) Should We Trust Web-Based Studies? A Comparative Analysis of Six Preconceptions About Internet Questionnaires. *American Psychologist*, 59 (2), 93-104.
- Gregório, S. e Pinto-Gouveia (2011). Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-280.
- Gilbert, P. e Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta.
- Kaplan, A. e Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business Horizons*, 53, 59-68.
- Lovibond, P. F. e Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.

- Marôco, J. P. (2007). *Análise Estatística com a utilização do SPSS. Edições Sílabo*, 3, ISBN: 9789726184522. Lisboa.
- Mascarenhas, S., Gutierrez, D., Santos, E., Galdino, Z., Medeiros, A. e Souza Lira, R. (s.d.). *Escala sobre Esperança Aplicada a Estudantes do Brasil/Ufam. Universidade Federal do Amazonas- Campus Vale do Rio Madeira, IEAA-Humaitá.*
- Morais, P. (2010). *Avaliação da qualidade de vida e esperança em toxicodependentes infectados e não infectados com VIH. Tese do grau de Mestre Psicologia Clínica e da Saúde. Porto.*
- Neff, K. D., Rude, S. S., e Kirkpatrick, K. L (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K. D (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Newman, M. (2013). The structure and function of complex network. Department of Physics, University of Michigan, *SIAM Review* 45, 167-256.
- Neves, C (2011). A relação entre *Mindfulness*, Auto-Compaixão, Vergonha e Psicopatologia em praticantes e não praticantes de Meditação/Yoga. Coimbra.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., e Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Oliveira, J. B. (2003). *Esperança: Natureza e avaliação. (Proposta de uma nova escala). Psicologia, Educação e Cultura*, 7, 83-106
- Pascal, W., Ursula, G. e Claudia, C. (2013). Differences in trauma history and psychopathology between PTSD patients with and without co-occurring dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 21452.
- Pinto Gouveia, J. e Castilho, P. (2006). *Escala de Auto-Compaixão. Tradução e adaptação para a população portuguesa.*
- Pinto Gouveia e Gregório. (2007) *Inventário de Mindfulness de Freiburg (FMI). Manuscrito não publicado.*

- Reips, U. D. (2001). The Web experimental psychology lab: Five years of data collection on the Internet. *Behavior Research, Methods, Instruments and Computers*, 33, 201-211.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., e Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.
- Shapiro, D. (1981). Meditation: Clinical and health-related applications. *The Western Journal of Medicine*, 134 (2), 141-142.
- Steinberg M, Schnall M: The Stranger in the Mirror: Dissociation-The Hidden Epidemic, Harper Collins, (2001, 2000). *Translations: Spanish, Italian, Chinese*.
- Scorsolini-Comin, F. e Santos, M. A. (2010). Psicologia positiva e os instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (3), 440-448.
- Svedin, C. G., Nilsson, D., Lindell, C. (2004). Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescents. A pilot study using Dis-Q-Sweden. *Nord Journal Psychiatry*, 58, 349-355.
- Venceslau, Marques. J. (2011). A influência de um curso de meditação nos níveis de *mindfulness*, satisfação com a vida e optimismo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica.
- Vieira, V. A. (2009). Moderação, mediação, moderadora-mediadora e efeitos indiretos em modelagem de equações estruturais: uma aplicação no modelo de desconfirmação de expectativas. *Revista de Administração (USP)*, 44 (1), 17-33.
- Walach, H., Buchheld, N., Butenmuller, V., Kleinknecht, N., e Schmidt, S. (2006). Measuring *Mindfulness*: The Freiburg *Mindfulness* Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543–1555.

ANEXOS